Government of Canada Gouvernement du Canada Canada

Français | Contact Us | Help | Search | Canada Site

What's New | Who We Are | DSP Home | PWGSC Home | CCSB Home

Depository Services Program

Library of Parliament
Parliamentary Research Branch

95-2E

THE CANADA HEALTH AND SOCIAL TRANSFER: OPERATION AND POSSIBLE REPERCUSSIONS ON THE HEALTH CARE SECTOR

Prepared by:
Odette Madore
Economics Division
Revised 4 February 2000

TABLE OF CONTENTS

ISSUE DEFINITION

BACKGROUND AND ANALYSIS

A. Transfers under EPF and CAP: Brief Background

1. Established Programs Financing
2. The Canada Assistance Plan

B. The Canada Health and Social Transfer: Its Nature and Operation

C. Consequences of the New CHST

1. Provincial Public Finances and Provincial Expenditures for Health Care
2. The CHST and the *Canada Health Act*

PARLIAMENTARY ACTION

CHRONOLOGY

SELECTED BIBLIOGRAPHY

THE CANADA HEALTH AND SOCIAL TRANSFER: OPERATION AND POSSIBLE REPERCUSSIONS ON THE HEALTH CARE SECTOR*

ISSUE DEFINITION

For over three decades, the federal government has used transfer payments to help the provinces carry out their responsibilities in terms of health care, post-secondary education and public assistance. Before 1996-1997, transfers for health care and post-secondary education were made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act*, generally referred to as Established Programs Financing (EPF), while transfers for welfare and social assistance services were made under the Canada Assistance Plan (CAP). Federal contributions to EPF and CAP were considerable. According to Department of Finance documents, EPF transfer payments amounted to $22.0 billion in 1995-1996, while transfers under CAP accounted for approximately $7.9 billion.

In 1995, the federal government decided to bring EPF and CAP transfers together under a single financing mechanism: the Canada Health and Social Transfer (CHST). Bill C-76, which created the new block transfer, was assented to on 22 June 1995, and the CHST came into force in 1996-1997.

This paper will examine the overall operation of the new financing mechanism and will attempt to assess its possible repercussions, primarily in the health care area. The first part of the paper will take a brief look at the background and operation of EPF and CAP and the second part will describe the nature and general operation of CHST. The third and last part will analyze the possible consequences of CHST for public finances at the provincial level, provincial health care expenditures and federal government enforcement of the *Canada Health Act*.

BACKGROUND AND ANALYSIS

A. Transfers under EPF and CAP: Brief Background

Federal and provincial responsibilities for health care, post-secondary education and public assistance are quite different. Under Canada's Constitution, health care, education and social programs are primarily matters of provincial jurisdiction, and the provinces are responsible for their delivery. By invoking its "spending power," the federal government has intervened in those areas, leading to the making of federal transfer payments to the provinces. The transfers make it possible to redress the constitutional imbalance between provincial taxing powers, which are more limited than those of the federal government, and provincial responsibilities, which are often onerous. Federal transfers also improve fairness between the provinces in terms of the services offered to the public.

1. Established Programs Financing

The EPF, which came into force on 1 April 1977, was the largest federal transfer program to the provinces. Under the program, each province received an equal per capita transfer for health care insurance (including hospitalization, medical care and extended health care services) and post-secondary education. About 70% of all EPF transfers were earmarked for the "health" component, while the remaining 30% went to the "education" component. This breakdown was arbitrary, because EPF was a "block" funding mechanism. Unlike shared-cost programs, EPF transfers were not determined on the basis of the provinces' own expenditures on health care and education.

Originally, the basic payment under EPF was calculated on an initial per capita amount, determined in 1975-1976, which was then adjusted each year, according to an escalator that took into consideration per capita rate of growth in the GDP. To determine the total value of a province's EPF entitlement, the initial amount was multiplied by the escalator and then by the population of that province.

The escalator was modified on several occasions since the mid-eighties. In 1983-1984 and 1984-

1985, the escalator associated with EPF education was capped at 6% and 5% respectively (if the formula based on the growth in the GDP per capita had been used, EPF-education amounts would have increased by 9% in 1983-1984 and by 8% in 1984-1985). For all other years, the escalator for post-secondary education was the same as for health care insurance. From 1986-1987 to 1989-1990, the escalator used to calculate total EPF payments was reduced by 2%. After this period, and until 1994-1995, per capita transfers were frozen at their 1989-1990 levels, so that the total amount of transfer payments increased only in accordance with population growth in each province (about 1%). For 1995-1996, the escalator was decreased by 3% and the result was a negative escalator (almost -1.0%, according to the Federal-Provincial Relations Division of the Department of Finance); this meant a decrease in per capita transfers, given the fact that GDP growth was less than 3%.

EPF transfers had two components, a tax transfer and a cash transfer. Cash transfers to the provinces were made periodically by cheque, while the federal government also accorded a certain tax room to the provinces through the transfer of tax points. To do this, the federal government reduced its tax rates while the provinces increased their rates by an equivalent amount. This procedure resulted in a reallocation of revenue between the two levels of government: federal revenue was reduced by an amount equivalent to the increase in the provincial governments' revenues. The fiscal burden on taxpayers remained the same because, although they paid more provincial tax, they paid less federal tax.

Under EPF, the federal tax transfer was 13.5 tax points on personal income tax and one tax point on corporate income tax. The provinces whose fiscal strength was lower than a provincial standard received equalization payments to bring their transfer up to that standard (the provinces making up the standard are Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan and British Columbia). The cash transfer corresponded to the difference between the total EPF entitlement of each province and the value of the tax transfer. As part of its opting-out agreements, Quebec received a special abatement of 8.5 additional tax points on personal income. Because of this additional abatement, Quebec received a relatively larger share of its federal contribution than the other provinces in the form of transferred tax points and a smaller share in the form of cash. In total, however, Quebec's per capita entitlement under EPF was exactly the same as those of other provinces.

The federal government did not impose any specific condition on the provinces respecting the proportion of transfers to be devoted to post-secondary education. The provinces, however, had to comply with the requirements set out in the *Canada Health Act* (CHA) — universality, accessibility, comprehensiveness, portability, public administration and the non-imposition of user fees and extra-billing — or be subject to financial penalties.

Until 1991-1992, penalties for failure to comply with the CHA were applied only against cash transfers for EPF-Health; however, they were later also applied against other provincial entitlements. This extension of financial penalties to other entitlements was made necessary by the continual limitations placed on the growth rate of EPF transfers and the particular effects of such restrictions on the cash transfers; it was estimated that EPF-Health cash transfers to some provinces would have reached zero by the end of the century. Without the cash transfer, the federal government would no longer have had the power to enforce CHA's requirements.

2. The Canada Assistance Plan

CAP was created in 1966. It had two primary objectives with respect to persons in need: to assist the provinces to provide welfare services and social assistance and care in appropriate facilities and to ensure services in order to lessen, eliminate or prevent the causes and effects of poverty, child neglect and dependence on public assistance. The Plan had the following components:

> General Assistance: Assistance for meeting basic needs: food, accommodation, clothing and so on; the greater part of CAP expenditures.
>
> Special care facilities: Care provided to people living in old age homes,

rest homes and other kinds of facilities defined in the agreements.

Health care: Health costs such as medication and dental services not covered under provincial health care plans.

Child protection: Cost of maintaining children placed in foster homes.

Welfare services: Child care, adoption, rehabilitation and community development.

Work adjustment programs: Projects for persons having difficulty in obtaining or keeping a job for personal or family reasons.

CAP was a shared-cost program: the federal government refunded approximately 50% of the eligible costs incurred by the provinces. The growth in contributions made under CAP thus varied directly with the provincial expenditures on public assistance. CAP involved cash transfers only, except in the case of Quebec, which received a special five-point tax abatement on personal income. Under the CAP agreements, the federal government set certain conditions. For example, the provinces had to include a right of appeal in their social assistance legislation and could not restrict eligibility by imposing a provincial residency requirement.

The provinces were responsible for the design, eligibility criteria and administration of public assistance programs. To obtain their share of funds, however, they had to prove that their programs and services met the Plan's requirements; provincial claims could be challenged if the federal government believed that the funds were spent in ways that did not meet the criteria set out in the agreements. For example, the Government of British Columbia decided to impose, starting on 1 December 1995, a three-month residence requirement before individuals could receive social assistance. That same month, the Honourable Lloyd Axworthy, federal Minister then responsible for CAP, announced that CAP transfer payments to British Columbia would be reduced by $47.1 million because that province had limited eligibility for this program.

From the beginning of the plan's operation until 1990-1992, CAP transfers were open-ended; the federal government kept pace with whatever the provinces decided to spend and transfers were accordingly not subject to any limits. In 1990-1991, the federal government placed a ceiling on financing, usually called the "*cap on CAP*." More specifically, a 5% limit for 1990-1991 and 1991-1992 was placed on annual increases in the contributions made to the three provinces that received no equalization payments (Alberta, British Columbia and Ontario); the other provinces were not subject to any limit. In February 1991, the federal government decided to extend the ceiling until 1994-1995. Then, in its February 1994 budget, for 1995-1996 it froze at their 1994-1995 levels the amounts paid under CAP to all provinces.

B. The Canada Health and Social Transfer: Its Nature and Operation

In the Budget Speech of February 1995, the federal government announced the new block transfer merging EPF with CAP. Budget documents stated that block funding awarded under CHST would give the provinces more discretion over how funds are to be divided among health care, post-secondary education and public assistance. The *Budget Implementation Act, 1995* (Bill C-76), which was assented to on 22 June 1995, created the new transfer. The Act specified the amount of the CHST and its breakdown by province for the 1996-1997 fiscal year. The *Budget Implementation Act, 1996* (Bill C-31), which received Royal Assent on 20 June 1996, established the terms and conditions for 1997-1998 through 2002-2003. These two Acts amended the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, which now governs the CHST. **The CHST legislation was modified twice, first in 1998 (Bill C-28) and then in 1999 (Bill C-71).**

Under the initial legislation, the amount of the CHST was set at $26.9 billion in 1996-1997, and $25.1 billion for each fiscal year from 1997-1998 through 1999-2000. For each subsequent fiscal year, through 2002-2003, the total CHST was set to increase according to an escalator equal to the

average GDP growth for the three preceding years, less a predetermined coefficient. The coefficient was 2% in 2000-2001, 1.5% in 2001-2002 and 1% in 2002-2003. For example, if average GDP growth for the three calendar years preceding 2000-2001 had been 3%, the 2000-2001 CHST would have been equal to the preceding year's CHST plus 1%. At the end of the line, growth in the total transfer would have been lower than that in the economy.

The Act also establishes the method of allocating the transfer to the provinces. Initially, for the period from 1996-1997 to 1997-1998, the provinces were to receive their share of the transfers under CAP in 1994-1995 and EPF in 1995-1996. In other fiscal years, the provincial shares were also to reflect an escalator based partly on the provincial share in 1996-1997 and partly on the province's demographic weight within Canada as a whole.

The CHST is similar in structure to EPF: it includes a tax points transfer and a cash transfer. Also, the cash transfer is calculated in the same way as was the case under EPF: the province's total CHST entitlement, less the tax points transfer. As before, the tax points transfer is 13.5 tax points on personal income tax and one tax point on corporate income tax. Quebec's special abatement of tax points remains and, as was previously the case, reduces the cash component of the transfer by an equivalent amount. As well, as was the case in the past, provinces whose fiscal strength is lower than the provincial standard receive equalization payments to bring their tax transfer payments up to that standard.

The CHST legislation specifically guarantees a floor for the cash transfer. The purpose of this floor is to provide protection against unexpected economic fluctuations that might reduce the total entitlement or significantly increase the value of the tax transfer, leading to a decrease in cash transfers to the provinces. Initially, this floor was set to be no less than $11 billion. Bill C-28, assented to on 18 June 1998, raised the floor to $12.5 billion for 1997-1998 and beyond. Unlike the EPF, which aroused fears that the cash transfers might reach zero, the CHST ensures that a monetary contribution will be made to the provinces and thereby preserves the federal government's power to mandate compliance with the *Canada Health Act*.

Bill C-71, which received Royal Assent on 17 June 1999, has brought further modifications to the CHST legislation. First, it increases cash transfers by $11.5 billion over five years. Of this amount, $8 billion is provided through future increases in the CHST, while $3.5 billion is an immediate one-time supplement to be drawn down by the provinces according to their needs. It is expected that the overall CHST increase will be distributed as follows: $2.0 billion in 1999-2000 and 2000-2001, and $2.5 billion from 2001-2002 to 2003-2004 (see Table 1). This additional CHST cash transfer is allocated to the provinces on an equal per capita basis.

TABLE 1
INCREASES IN CHST CASH TRANSFERS
1999-2000 to 2003-2004
(Billions of Dollars)

	Future Increases	One-Time Supplement	Overall Increase
1999-2000	2.0	-	2.0
2000-2001	1.0	1.0	2.0
2001-2002	0.5	2.0	2.5
2002-2003	-	2.5	2.5
2003-2004	-	2.5	2.5
Total	3.5	8.0	11.5

Source: Department of Finance.

Second, Bill C-71 changes the method of allocating the CHST transfer to the provinces. Under the new method, the provincial distribution focuses less on the initial provincial share (based on former EPF and CAP) and more on the province's demographic weight. As a result, the CHST transfer is moving gradually towards an identical per capita distribution among provinces. In fact, it is expected that all provinces will receive an equal CHST per capita entitlement by 2001-2002 (see Table 2). By contrast to EPF, per capita transfers under CHST are not adjusted annually to the growth of the economy.

TABLE 2
PROVINCIAL CHST ENTITLEMENTS
(Dollars per capita)

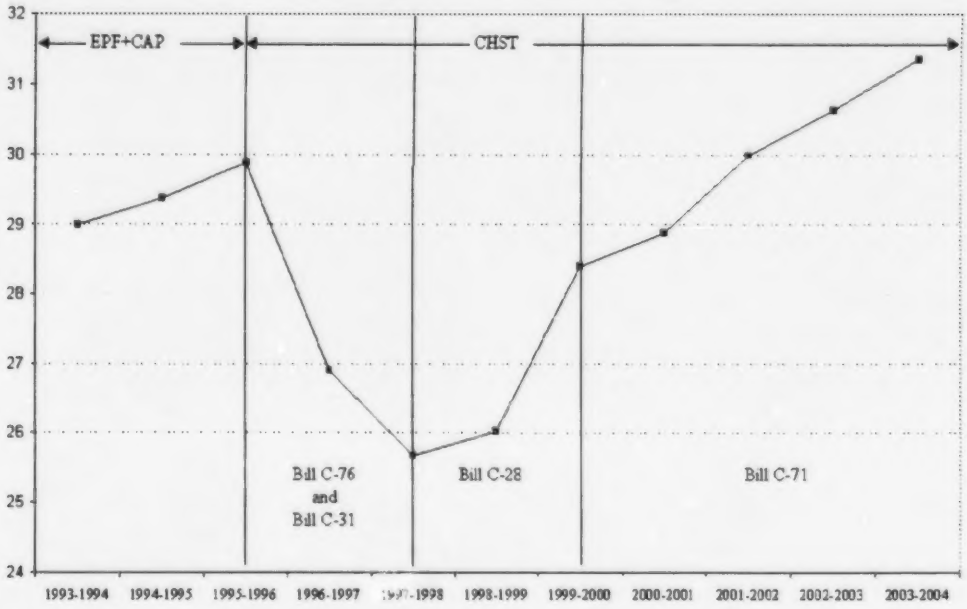
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Newfoundland	948	951	960	971	985
Prince Edward Island	928	934	960	971	985
Nova Scotia	933	938	960	971	985
New Brunswick	929	935	960	971	985
Québec	954	956	960	971	985
Ontario	918	926	960	971	985
Manitoba	928	934	960	971	985
Saskatchewan	920	928	960	971	985
Alberta	908	917	960	971	985
Bristish Columbia	919	927	960	971	985

Source: Department of Finance.

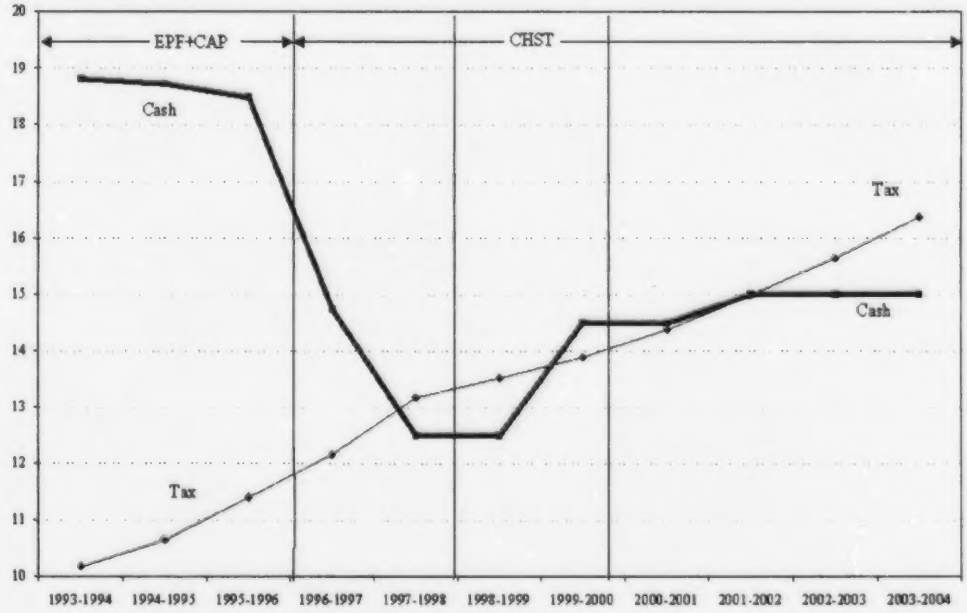
Finally, Bill C-71 clearly states that the additional CHST funds are specifically designated for health care purposes. The federal government believes that this investment can help the provinces to respond to immediate concerns in the delivery of health care, such as waiting lists, crowded emergency rooms and diagnostic services.

As Graph 1 shows, the coming into force of the CHST legislation led to a sharp reduction in transfers for the purposes of health care, post-secondary education and social assistance. From 1995-1996 to 1996-1997, total transfers decreased by nearly $3 billion, a reduction of almost 10%. In the following fiscal year, the overall CHST transfer was reduced again by $1.2 billion (or 5%). The changes legislated by Bill C-28 led to a stabilization and then substantial growth (some 8.3% between 1998-1999 and 1999-2000) in the CHST transfer. Bill C-71 continues this upward trend by increasing the CHST cash transfer from $12.5 billion to $15 billion. This increase, however, does not allow for the full restoration of the cash portion provided under the former programs of EPF and CAP. The total CHST transfer (cash and tax combined) is expected to reach a new high by 2001-2002, slightly above its position prior to the 1996-1997 reduction. The value of the CHST tax transfer is constantly growing; in 1997-1998 and 1998-1999, it even exceeded the amount of the cash transfer. Again, a higher proportion of the CHST will be provided in the form of tax transfers after 2001-2002 (see Graph 2).

GRAPH 1
EPF, CAP and CHST: Total Transfer (in Billions)



GRAPH 2
EPF, CAP and CHST - Cash and Tax (in Billions)



C. Consequences of the New CHST

The CHST was part of the federal efforts to reduce and eliminate the deficit. In introducing the CHST legislation, the federal government explained that transfers to the provinces could be no

exception to expenditure reduction: in 1995-1996, transfers to the provinces accounted for nearly one-quarter of all federal program expenditures. The federal government argued that the provinces were in a position to absorb the impact of the cuts, noting that some of them had even balanced their budgets. While acknowledging that the cuts were significant, the federal government pointed out that they were not as severe as cuts made to other federal programs.

According to some observers, the CHST, as initially introduced, was not really an innovation. On the one hand, it followed the policy of restricting expenditures that had been adopted in the 1980s. On the other hand, the CHST legislation did not encourage any new approaches to increasing the effectiveness and efficiency in the delivery of health care, even though this lack of effectiveness and efficiency is considered one of the main obstacles to maintaining a public health care insurance plan across the country.

The recent increases in the CHST produced by Bill C-28 and Bill C-71, have reversed the declining trends in federal transfer payments and will result in an increase in provincial revenues. Further, the cash floor provision of the CHST ensures the federal government's ability to enforce the *Canada Health Act*.

1. Provincial Public Finances and Provincial Expenditures for Health Care

When it introduced the CHST, the federal government systematically reduced transfer payments to the provinces with the goal of reducing and eliminating its deficit. The provinces did not agree with the federal government's methods, however. A number of provincial governments argued that the federal government restrictions were inappropriate because provincial entitlements had not caused the federal deficit. Some said that the federal government's attempt to balance its books by decreasing its contributions to the provinces merely shifted costs from one level of government to another; they argued that it had no practical effect on the effectiveness and efficiency of either the programs offered or the management of the public purse.

The provinces, who were grappling with their own deficits, were forced to revise their priorities in order to compensate for the decrease in income brought about by reductions in federal transfer payments. Most provinces have reduced the level of health care services; a number of them have de-insured services and streamlined hospital services.

The increase in the CHST cash floor under Bill C-28, and, more important, the additional CHST cash transfers provided by Bill C-71, have helped reverse this situation. CHST transfers are now growing steadily and provinces are devoting more funding to health care in order to alleviate pressures with respect to waiting lists, crowded emergency rooms and diagnostic services.

While additional CHST funding has been an important step, the provinces feel that it is not enough. Now that the federal government has balanced its budget and is collecting more in taxes than it will spend, the provinces are demanding the immediate full restoration of CHST cash transfers to their 1994-1995 levels (some $18.8 billion). In their view, funding is the key to health care integrity and stability. They also request that an appropriate escalator be established to ensure that the CHST will keep pace with the economic and social factors that affect the sustainability of the system. According to the provincial premiers, an effective reform of health care can take place only when an adequate level of funding has been secured.

2. The CHST and the *Canada Health Act*

The CHST does not make a distinction, not even a theoretical one, among transfers intended for health care, post-secondary education and public assistance. However, the requirements set out in the *Canada Health Act* continue to apply to provincial public health care insurance plans; these requirements apply to all CHST cash contributions. Under the new transfer, the provinces are required, as they were in the past, to provide public assistance without imposing a minimum residency requirement; the cash contribution to a province that did not observe the prohibition

against imposing residency periods could be reduced or withheld. The Act governing the CHST even provides that additional requirements could be imposed with respect to other provincial social programs. There are still no specific conditions for post-secondary education.

With respect to health care, a number of analysts feared that the federal government would not be able to ensure provincial compliance with the criteria and conditions of the *Canada Health Act*. They estimated that if the formula for calculating the CHST continued to be modelled on EPF, the cash component of the transfer would gradually disappear early in the new century. The cash floor provision in the CHST legislation has calmed these fears. The federal government has retained its moral authority and political clout, which it was on the verge of losing, to ensure that the provinces comply with the *Canada Health Act*. The absence of strong requirements for the social programs formerly funded under CAP, however, raises fears of a budget rearrangement at the provincial level. For example, provinces might be tempted to cut their funding for social programs and reallocate the money to the health care system, where there are specific requirements.

Bill C-71 provides that additional CHST cash transfers are designated specifically for health care. More precisely, the legislation now states that additional funds are provided for the purpose of meeting the criteria and conditions of the *Canada Health Act*, as well as "contributing to providing the best possible health care system for Canadians and to making information about the health system available to Canadians." In his report of November 1999 (Chapter 29), the Auditor General of Canada expressed concerns that, while the new funding is clearly identified for health care, no specific requirement has been established for reporting on the use of these additional CHST funds. As a result, it will be difficult to assess whether the extra investment has helped the provinces to deal with current health care issues. All provincial premiers, however, have stated publicly that they would devote any additional CHST funds to existing health care services and programs in their jurisdiction.

PARLIAMENTARY ACTION

The federal government has long participated in the financing of provincial programs for health care, post-secondary education and public assistance. Federal transfers for health care under the EPF and application of *Canada Health Act* criteria and conditions have contributed to the creation of a universal and comprehensive public health care insurance plan in every province. The decrease in federal transfer payments resulting from the introduction of the CHST translated into difficult political and budgetary choices for the provinces with respect to health care, post-secondary education and public assistance. **The recent increases in the CHST cash transfer introduced by Bill C-28 and Bill C-71 still do not compensate for the losses in revenue experienced by provincial governments. The CHST has had a significant impact, particularly on health care funding. The provinces are now asking for a fair share of the federal budget surplus through the full restoration and indexation of the CHST.**

CHRONOLOGY

23 June 1995 - Bill C-76, establishing the Canada Health and Social Transfer (CHST), received Royal Assent.

20 June 1996 - Bill C-31, establishing the amount and provincial allocation of the CHST for 1997-1998 through 2002-2003, received Royal Assent.

18 June 1998 - Bill C-28, raising the floor for the cash portion of the transfer to 12.5 billion, received Royal Assent.

17 June 1999 - Bill C-71, providing additional CHST cash transfers for the purpose of health care, received Royal Assent.

SELECTED BIBLIOGRAPHY

Auditor General of Canada. "Federal Support of Health Care Delivery." Report, Chapter 29. November 1999.

Banting, Keith and Robin Boadway (Queen's University). *Presentation to the Standing Committee on Finance, House of Commons*. Ottawa, 9 May 1965.

Council of Canadians. *Submission to the Standing Committee on Finance*. Ottawa, 26 April 1995.

Department of Finance, Federal-Provincial Relations Division. *Established Programs Financing -- Advance Calculations 1995-1996*. Ottawa, 10 April 1993.

Government of Canada. *Federal Support to Post-Secondary Education: A Supplementary Paper*. Ottawa, 1994.

Government of Canada. "Health Ministers Reaffirm Federal/Provincial/Territorial Cooperation." Press Release, Ottawa, 4 July 1995.

Government of Quebec, Department of Finance. *Discours sur le budget et renseignements supplémentaires* [Budget Speech and Additional Information]. Quebec, 9 May 1995.

Health Action Lobby (HEAL). *Submission to the Standing Committee on Finance on Bill C-76, The Budget Implementation Act*. Ottawa, May 1995.

Madore, Odette. *Established Programs Financing for Health Care*. Background Paper BP-264E. Research Branch, Library of Parliament, Ottawa, August 1991.

Madore, Odette. *The Canada Health Act: Overview and Options*. Current Issue Review 94-4F. Research Branch, Library of Parliament, Ottawa, January 1995.

Mendelson, Michael. *Looking for Mr. Good-Transfer: A Guide to the CHST Negotiations*. The Caledon Institute of Social Policy, October 1995.

National Council of Welfare. *The 1995 Budget and Block Funding*. Ottawa, Spring 1995.

Neumann, Ronald H. "Negotiating Inter-Governmental Transfers in 1993: What Is on the Table?" *Policy Options*, 14:31-5, December 1993.

Schroeder, Walter J., Brian A. Miron and Jeff Moore. *Federal Transfer Payments: A Government Study by DBRS*. March 1995.

---

* The original version of this Current Issue Review was published in September 1995; the paper has been regularly updated since that time.

---

1 8ØØ O-Canada

Maintained by Communications Coordination Services Branch of Public Works and Government Services Canada

Copyright & Disclaimers

Gouvernement du Canada | Government of Canada | Canada

English | Contactez-nous | Aide | Recherche | Site du Canada

Quoi de neuf | Qui sommes-nous | Page d'accueil du PSD | Page d'accueil de TPSGC | Page d'accueil de DGSCC

Programme des services de dépôt

Bibliothèque du Parlement
Direction de la recherche parlementaire

95-2F

LE TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE PROGRAMMES SOCIAUX : FONCTIONNEMENT ET RÉPERCUSSIONS POSSIBLES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Rédaction :
Odette Madore
Division de l'économie
Révisé le 4 février 2000

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION DU SUJET

CONTEXTE ET ANALYSE

A. Les transferts versés au titre du FPÉ et du RAPC : bref historique

1. Le Financement des programmes établis
2. Le Régime d'assistance publique du Canada

B. Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux : Nature et fonctionnement

C. Conséquences du nouveau TCSPS

1. Les finances publiques provinciales et les dépenses des provinces en matière de soins de santé
2. La TCSPS et la *Loi canadienne sur la santé*

MESURES PARLEMENTAIRES

CHRONOLOGIE

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

LE TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE PROGRAMMES SOCIAUX : FONCTIONNEMENT ET RÉPERCUSSIONS POSSIBLES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ*

DÉFINITION DU SUJET

Depuis plus de trois décennies, le gouvernement fédéral aide les provinces à s'acquitter de leurs responsabilités en matière de soins de santé, d'enseignement postsecondaire et d'assistance publique par le biais de paiements de transfert. Avant 1996-1997, les transferts au titre des soins de santé et de l'éducation postsecondaire étaient versés en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*, que l'on appelle généralement le Financement des programmes établis (FPE). Pour leur part, les transferts relatifs aux services de bien-être et d'assistance sociale étaient versés dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Les contributions fédérales au titre du FPE et du RAPC étaient considérables. Selon des documents du ministère des Finances, les paiements de transfert au titre du FPE totalisaient 22,0 milliards de dollars en 1995-1996. La même année, le gouvernement fédéral a versé, au titre du RAPC, des transferts de l'ordre de 7,9 milliards de dollars.

En 1995, le gouvernement fédéral a décidé de regrouper les transferts du FPE et du RAPC en un seul mécanisme de financement : le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le projet de loi C-76, qui crée ce nouveau transfert global, a reçu la sanction royale le 22 juin 1995, et le TCSPS est entré en vigueur en 1996-1997.

Dans ce document, nous examinons le fonctionnement général de ce nouveau mécanisme de financement et tentons d'en évaluer les répercussions, essentiellement dans le secteur des soins de santé. Dans la première partie, nous faisons un bref historique du FPE et du RAPC et examinons sommairement le fonctionnement de ces programmes, tandis que dans la deuxième, nous décrivons la nature et le fonctionnement général du TCSPS. Enfin, dans la troisième et dernière partie, nous analysons les conséquences possibles du TCSPS pour les finances publiques des provinces et les dépenses qu'elles effectuent dans le domaine des soins de santé, ainsi que sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* par le gouvernement fédéral.

CONTEXTE ET ANALYSE

A. Les transferts versés au titre du FPÉ et du RAPC : bref historique

Le gouvernement fédéral et les provinces assument des responsabilités fort différentes dans le secteur des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire et de l'assistance publique. En vertu de la Constitution canadienne, les soins de santé, l'éducation et les programmes sociaux sont des domaines principalement de compétence provinciale, et ce sont les provinces qui assument la prestation de ces services. Le gouvernement fédéral est intervenu dans ces champs de compétence provinciale en invoquant son « pouvoir de dépenser », ce qui a entraîné le versement de paiements de transfert fédéraux aux provinces. Ces transferts permettent de corriger le déséquilibre constitutionnel qui existe entre les pouvoirs de taxation des provinces, lesquels sont plus limités que ceux du gouvernement central, et les responsabilités de ces dernières, qui sont souvent fort onéreuses. Les transferts fédéraux assurent aussi une meilleure équité interprovinciale pour ce qui est des services offerts à la population.

1. Le Financement des programmes établis

Le FPE, qui est entré en vigueur le 1er avril 1977, constituait le plus important programme de

transferts fédéraux aux provinces. Aux termes de ce programme, chaque province recevait un transfert égal par habitant pour l'assurance-santé (y compris l'assurance-hospitalisation, l'assurance-maladie et les services complémentaires de santé) et l'enseignement postsecondaire. Une proportion d'environ 70 p. 100 du montant total des transferts au titre du FPE était consacrée à la composante « santé », tandis que les 30 p. 100 restants allaient à la composante « éducation ». Cette répartition demeurait arbitraire car le FPE était un mécanisme de financement « global » ou « en bloc ». Contrairement à ce qui est le cas dans les programmes à frais partagés, les transferts du FPE n'étaient pas fonction des dépenses des autorités provinciales dans les domaines des soins de santé et de l'éducation.

À l'origine, le paiement de base versé au titre du FPE reposait sur un montant initial par habitant qui avait été déterminé en 1975-1976, puis qui était ajusté année après année selon un facteur de progression tenant compte du taux de croissance du PIB par habitant. Pour connaître la valeur totale des transferts dans le cadre du FPE auxquels une province avait droit, il fallait multiplier le montant initial par le facteur de progression et, ensuite, par la population de la province.

Le facteur de progression a été modifié à plusieurs reprises depuis le milieu des années 80. En 1983-1984 et en 1984-1985, le facteur de progression associé au FPE-éducation a été limité à 6 et 5 p. 100 respectivement (si la formule basée sur la croissance du PIB/habitant avait été utilisée, les sommes versées au titre du FPE-éducation auraient augmenté de 9 p. 100 en 1983-1984 et de 8 p. 100 en 1984-1985). Pour toutes les autres années, le facteur de progression pour l'enseignement postsecondaire a été le même que pour l'assurance-santé. De 1986-1987 à 1989-1990, le facteur de progression utilisé pour calculer les versements totaux au titre du FPE a été réduit de 2 p. 100. Après cette période et jusqu'en 1994-1995, les transferts par habitant ont été gelés à leur niveau de 1989-1990, de sorte que le montant total des paiements de transfert n'a augmenté que selon la croissance de la population de chaque province (soit environ 1 p. 100). Pour l'exercice financier 1995-1996, le facteur de progression a été diminué de 3 p. 100; cela a eu pour résultat un facteur de progression négatif (évalué à près de 1 p. 100 selon les calculs de la Division des relations fédérales-provinciales du ministère des Finances), soit, en d'autres termes, une baisse des transferts par habitant (étant donné que la croissance du PIB a été inférieure à 3 p. 100).

Les transferts au titre du FPE avaient deux composantes, à savoir un transfert en points d'impôt et une contribution au comptant (ou monétaire). Les contributions au comptant sont des paiements périodiques versés par chèque aux provinces, tandis que le transfert au points d'impôt est la cession, par le gouvernement fédéral aux provinces, d'un certain espace fiscal. Pour ce faire, le gouvernement central abaisse ses taux d'imposition, alors que les provinces augmentent les leurs d'une manière équivalente. Cela entraîne un réaménagement de la répartition des recettes entre les deux paliers de gouvernement : les revenus du gouvernement fédéral se trouvent diminués d'un montant équivalent à l'augmentation des revenus des gouvernements des provinces. En outre, le fardeau fiscal du contribuable demeure inchangé parce que si celui-ci paie plus d'impôt provincial, il paie par contre moins d'impôt fédéral.

En vertu de FPE, le transfert fiscal du gouvernement fédéral vers les provinces correspondait à des réductions de 1 point de l'impôt sur le revenu des sociétés et de 13,5 points de l'impôt de base sur le revenu des particuliers. Les provinces dont le potentiel fiscal était inférieur à la norme représentative recevaient des paiements de péréquation afin que le transfert après péréquation soit égal à cette norme (les provinces constituant la norme sont le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique). Le transfert au comptant correspondait à la différence entre le total des droits de chaque province en matière de FPE et la valeur du transfert fiscal. Dans le cadre des accords de non-participation, le Québec recevait un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers. En raison de cet abattement supplémentaire, le Québec, par rapport aux autres provinces, percevait une portion relativement plus grande de sa contribution fédérale sous forme de transferts en points d'impôt, et une portion moindre au comptant. Au total, cependant, les transferts du FPE par habitant au Québec étaient exactement les mêmes que ceux des autres provinces.

Le gouvernement fédéral n'imposait aux provinces aucune condition particulière relativement à la proportion des transferts versés aux fins de l'enseignement postsecondaire. Par contre, les provinces étaient tenues de respecter, sous peine de pénalités monétaires, les exigences énoncées dans la *Loi*

canadienne sur la santé (LCS) : universalité, accessibilité, intégralité, tranférabilité, administration publique et absence de frais modérateurs ou de surfacturation.

Jusqu'en 1991-1992, les pénalités attribuables aux manquements à la LCS s'étaient limitées aux transferts monétaires au titre du FPE-santé, mais par la suite, elles avaient été appliquées à d'autres transferts fédéraux aux provinces. Cette extension de la pénalité monétaire à des paiements autres que ceux liés à la santé avait été rendue nécessaire par la limitation continuelle du taux de croissance des transferts au comptant : on estimait que, au tournant du siècle, les transferts monétaires au titre du FPE-santé seraient devenus nuls dans certaines provinces. Sans transfert au comptant, le gouvernement fédéral n'aurait plus le pouvoir de faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*.

2. Le Régime d'assistance publique du Canada

Le RAPC a été créé en 1966. Il visait deux objectifs principaux aux personnes dans le besoin : aider les provinces à fournir, d'une part, l'aide sociale et les soins en établissements appropriés et, d'autre part, à assurer des services de bien-être social visant à atténuer, éliminer ou prévenir les causes et les effets de la pauvreté, de la négligence à l'égard des enfants ou de la dépendance envers l'assistance publique. Le Régime comprenait les composantes suivantes :

> Assistance générale : Assistance accordée pour subvenir aux besoins fondamentaux : nourriture, logement, vêtements, etc. Les paiements d'assistance générale comptaient pour la plus grande part des dépenses du RAPC.
>
> Foyers de soins spéciaux : soins donnés aux personnes vivant dans les foyers pour personnes âgées, les maisons de repos et d'autres genres d'établissements définis dans les accords.
>
> Soins de santé : Frais de santé, comme les médicaments et les services dentaires, non-couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé.
>
> Protection de l'enfance : Frais d'entretien des enfants placés en famille d'accueil.
>
> Services de bien-être social : Services de garde, d'adoption, de réadaptation et de développement communautaire.
>
> Projets d'adaptation au travail : Projets destinés à ceux ayant des difficultés à obtenir ou à conserver un emploi pour des raisons personnelles ou familiales.

Le RAPC était un programme à frais partagés : le gouvernement fédéral remboursait environ 50 p. 100 des frais admissibles engagés par les provinces. La croissance des contributions versées dans le cadre du RAPC variait donc directement en fonction des dépenses provinciales engagées au chapitre de l'assistance publique. Le RAPC ne comportait que des transferts en espèces, sauf dans le cas du Québec; cette province recevait en effet un abattement spécial de cinq points d'impôt sur le revenu des particuliers. Aux termes des accords du RAPC, le gouvernement fédéral imposait certaines conditions. Ainsi, les provinces devaient inclure le droit d'appel dans leur législation sur l'aide sociale et elles ne devaient pas restreindre l'admissibilité en imposant une période de résidence dans la province.

Ce sont les provinces elles-mêmes qui voyaient à la conception, aux critères d'admissibilité et à l'application des programmes d'assistance publique. Toutefois, pour obtenir leur part de financement, elles devaient faire la preuve que leurs programmes et services étaient conformes aux exigences du Régime; certaines réclamations provinciales pouvaient faire l'objet d'un différend si le gouvernement fédéral estimait que les fonds engagés ne correspondaient pas aux critères définis dans les accords.

Par exemple, le gouvernement de la Colombie-Britannique avait décidé d'imposer, à compter du 1 décembre 1995, un délai de résidence de trois mois avant que les gens puissent recevoir de l'aide sociale. Le ministre fédéral responsable du RAPC de l'époque, l'honorable Lloyd Axworthy, avait annoncé en décembre 1995 que les paiements de transferts versés à la Colombie-Britannique au titre du RAPC seraient réduits de 47,1 millions de dollars parce que cette province avait limité l'admissibilité au programme.

Du début du régime jusqu'en 1990-1991, les transferts effectués dans le cadre du RAPC étaient ouverts : le gouvernement fédéral emboîtait le pas chaque fois que la province décidait de dépenser, et les transferts ne faisaient l'objet d'aucune limite. En 1990-1991, le gouvernement fédéral imposa un plafond à l'égard du financement, communément appelé « cap on CAP ». Plus précisément, il limita à 5 p. 100, pour les années financières 1990-1991 et 1991-1992, la croissance annuelle des contributions versées aux trois provinces ne recevant pas de péréquation, soit l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario; les autres provinces n'avaient été assujetties à aucune limite. En février 1991, le gouvernement fédéral prolongea ce plafond jusqu'en 1994-1995. Ensuite, dans son budget de février 1994, il bloqua les sommes versées à toutes les provinces au titre du RAPC à leur niveau de 1994-1995 pour l'exercice 1995-1996.

B. Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux : Nature et fonctionnement

Le gouvernement fédéral a annoncé la création du nouveau transfert global regroupant les contributions du FPE et du RAPC lors du discours sur le budget de février 1995. Selon des documents budgétaires, le financement global accordé dans le cadre du TCSPS devait donner aux provinces plus de latitude quant à la manière de dépenser les fonds et des les distribuer entre les composantes soins de santé, enseignement postsecondaire et assistance publique. Le projet de loi C-76, *Loi d'exécution du budget 1995*, qui a reçu la sanction royale le 22 juin 1995, a instauré le nouveau transfert et précisé le montant du TCSPS et sa répartition par province pour l'exercice financier 1996-1997. Le projet de loi C-31, *Loi d'exécution du budget de 1996*, qui a reçu la sanction royale le 20 juin 1996, a pour sa part établi les modalités et les conditions pour la période allant de 1997-1998 à 2002-2003. Ces deux lois ont modifié *la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* qui régit le TCSPS. **La loi régissant le TCSPS a été modifiée une première fois en 1998 (projet de loi C-28) puis une deuxième fois en 1999 (projet de loi C-71).**

Aux termes de la première de ces lois, le transfert total du TCSPS était de 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997 et de 25,1 milliards de dollars pour les exercices financiers allant de 1997-1998 à 1999-2000. Pour chacun des exercices suivants et jusqu'en 2002-2003, le transfert total du TCSPS devait être relevé selon un facteur de progression égal à la moyenne pour les trois années précédentes de la croissance du PIB moins un coefficient prédéterminé. Ce coefficient était de 2 p. 100 en 2000-2001, de 1,5 p. 100 en 2001-2002 et de 1 p. 100 en 2002-2003. Par exemple, si la croissance du PIB avait été de 3 p. 100 en moyenne pour les trois années civiles précédent 2000-2001, le TCSPS aurait été égal à celui de l'année précédente plus 1 p. 100 de cette somme. En bout de ligne, le transfert total aurait progressé moins rapidement que l'économie.

La Loi précise également le mode de répartition du transfert entre les provinces. À l'origine, pour la période allant de 1996-1997 à 1997-1998, les provinces devaient recevoir la part des transferts reçus aux termes du RAPC en 1994-1995 et du FPE en 1995-1996. Pour les autres exercices financiers, les parts provinciales devaient également tenir compte d'un coefficient reposant en partie sur la part provinciale de 1996-1997 et en partie sur le poids démographique de la province dans l'ensemble canadien.

Le TCSPS a une structure analogue à celle du FPE et se compose d'un transfert en points d'impôt et d'une contribution au comptant. En outre, la règle qui détermine le montant en espèces demeure la même que sous le FPE, soit la différence entre le montant que peut recevoir une province aux termes du TCSPS et le transfert fiscal. Ce dernier correspond comme avant à 13,5 points de l'impôt de base des particuliers et à 1 point de l'impôt sur les sociétés. L'abattement spécial de points d'impôt du Québec demeure et réduit de manière équivalente la partie monétaire de cette dernière comme auparavant. De plus, comme par le passé, les provinces dont le potentiel fiscal est inférieur à la

norme représentative reçoivent des paiements de péréquation afin que le transfert fiscal après péréquation soit égal à cette norme.

La Loi qui régit le TCSPS prévoit expressément un seuil pour les transferts au comptant; ce seuil constitue une garantie contre les fluctuations économiques imprévues pouvant réduire le montant total à verser ou augmenter considérablement la valeur du transfert fiscal, ce qui se traduirait par une diminution des transferts au comptant aux provinces. À l'origine, ce seuil devait ne pas être inférieur à 11 milliards de dollars. Le projet de loi C-28, qui a reçu la sanction royale en juin 1998, a porté ce seuil à 12,5 milliards de dollars pour 1997-1998 et les exercices ultérieurs. Contrairement au FPE, qui laissait craindre que les transferts au comptant tombent à zéro, le TCSPS assure le versement d'une contribution monétaire aux provinces et préserve de ce fait le pouvoir du gouvernement fédéral de faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*.

Le projet de loi C-71, qui a reçu la sanction royale le 17 juin 1999, a apporté de nouvelles modifications à la loi régissant le TCSPS. Tout d'abord, les transferts au comptant ont été augmentés de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans. Sur ce montant, huit milliards sont accordés par l'entremise de relèvements à venir du TCSPS, et 3,5 milliards constituent un supplément immédiat et ponctuel dans lequel les provinces pourront puiser au gré de leurs besoins. La bonification globale du TCSPS se répartira comme suit : 2,0 milliards de dollars en 1999-2000 et en 2000-2001 et 2,5 milliards de dollars entre 2001-2002 et 2003-2004 (voir tableau 1). Cette majoration du transfert au comptant en vertu du TCSPS est octroyée aux provinces à raison d'un montant égal par habitant.

TABLEAU 1

MAJORATION DES TRANSFERTS AU COMPTANT AU TITRE DU TCSPS
De 1999-2000 à 2003-2004
(en milliards de dollars)

	Relèvements futurs	Supplément ponctuel	Augmentation globale
1999-2000	2,0	-	2,0
2000-2001	1,0	1,0	2,0
2001-2002	0,5	2,0	2,5
2002-2003	-	2,5	2,5
2003-2004	-	2,5	2,5
Total	3,5	8,0	11,5

Source : Ministère des Finances

En deuxième lieu, le projet de loi C-71 a modifié le mode de répartition du transfert au titre du TCSPS aux provinces. Désormais, la répartition entre les provinces est moins axée sur la quote-part initiale de ces dernières (fonction du FPE et du RAPC, disparus depuis) et davantage sur le poids démographique de chacune, de sorte que chaque province finira par obtenir le même montant par habitant au titre du TCSPS, ce qui devrait être chose faite en 2001-2002 au plus tard (voir tableau 2). Contrairement au FPE, les transferts par habitant en vertu du TCSPS ne sont pas corrigés annuellement pour tenir compte de la croissance de l'économie.

TABLEAU 2

MONTANTS VERSÉS AUX PROVINCES EN VERTU DU TCSPS
(Montant par habitant)

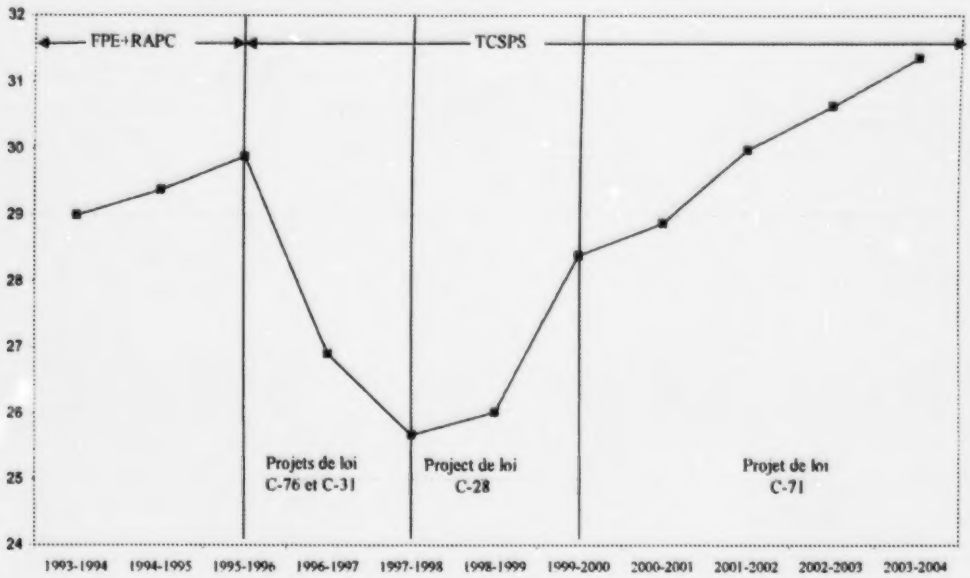
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Terre-Neuve	948	951	960	971	985
Île-du-Prince-Édouard	928	934	960	971	985
Nouvelle-Écosse	933	938	960	971	985
Nouveau-Brunswick	929	935	960	971	985
Québec	954	956	960	971	985
Ontario	918	926	960	971	985
Manitoba	928	934	960	971	985
Saskatchewan	920	928	960	971	985
Alberta	908	917	960	971	985
Colombie-Britannique	919	927	960	971	985

Source : Ministère des Finances

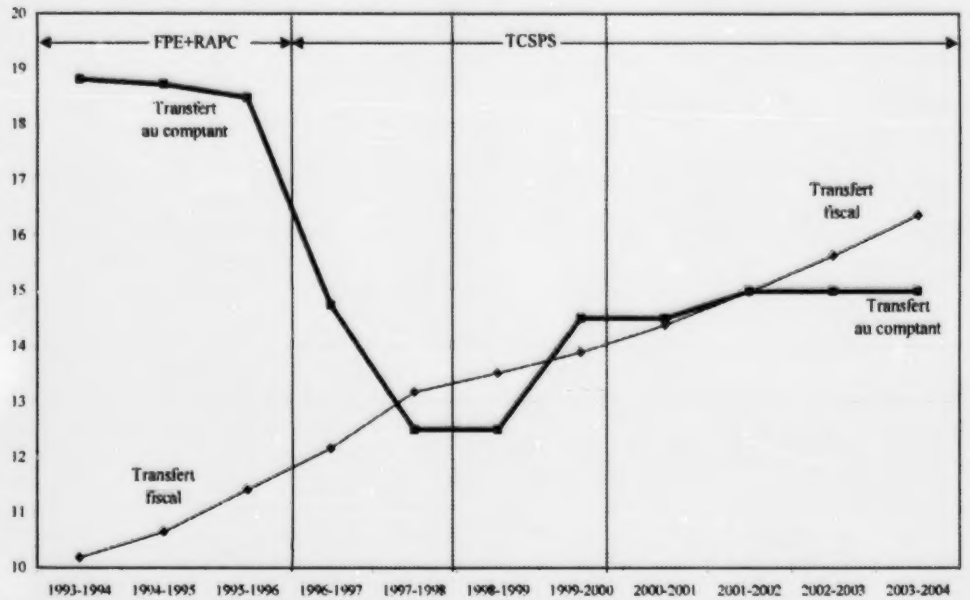
Enfin, le projet de loi C-71 stipule clairement que les fonds supplémentaires prévus au titre du TCSPS doivent être expressément affectés aux soins de santé. Le gouvernement fédéral est d'avis que cet investissement peut aider les provinces à répondre aux préoccupations immédiates au chapitre de la prestation des soins de santé, notamment en ce qui concerne les listes d'attente, l'engorgement des salles d'urgence et les services de diagnostic.

Comme l'illustre le graphique 1, l'entrée en vigueur de la loi régissant le TCSPS a mené à une forte réduction des transferts destinés aux soins de santé, à l'enseignement postsecondaire et à l'assistance sociale. De 1995-1996 à 1996-1997, le montant total des transferts a reculé de près de trois milliards de dollars, ce qui représente une baisse de près de 10 p. 100. Au cours de l'exercice suivant, le montant global des transferts au titre du TCSPS a été de nouveau réduit de 1,2 milliard de dollars (ou 5 p. 100). Les changements introduits par le projet de loi C-28 ont eu pour effet de stabiliser, puis d'accroître sensiblement (de quelque 8,3 p. 100 entre 1998-1999 et 1999-2000) le transfert en vertu du TCSPS. Le projet de loi C-71 encourage cette tendance, puisqu'il prévoit l'augmentation du transfert au comptant au titre du TCSPS, lequel devrait passer de 12,5 à 15 milliards de dollars. Cette bonification ne comprend toutefois pas le rétablissement complet de la portion au comptant que prévoyaient les anciens programmes du FPE et du RAPC. Le transfert global dans le cadre du TCSPS (transfert au comptant et transfert fiscal combiné) devrait afficher un nouveau record d'ici 2001-2002, pour dépasser légèrement le niveau d'avant les compressions de 1996-1997. La valeur du transfert de points d'impôt au titre du TCSPS est en progression constante; en 1997-1998 et en 1998-1999, elle a même dépassé le montant du transfert au comptant. Une fois de plus, après 2001-2002, une proportion plus forte de ce mécanisme sera fournie sous forme de transfert fiscal (voir graphique 2).

GRAPHIQUE 1
FPE, RAPC et TCSPS : Transfert total (en milliards de dollars)



GRAPHIQUE 2
FPE, RAPC et TCSPS - Transferts au comptant et fiscal (en milliards de dollars)



C. Conséquences du nouveau TCSPS

Le TCSPS s'inscrivait dans les efforts du gouvernement fédéral pour réduire et éliminer le déficit. Lorsqu'il l'a créé, le gouvernement fédéral a expliqué que les transferts aux provinces ne pouvaient échapper aux réductions des dépenses : en 1995-1996, ces transferts représentaient près d'un quart de l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement fédéral. Ce dernier soutenait que les

provinces étaient en mesure d'absorber l'effet des compressions, signalant que certaines d'entre elles avaient même équilibré leur budget. Tout en reconnaissant que ces baisses étaient considérables, le gouvernement fédéral a fait remarquer qu'elles n'étaient pas aussi importantes que celles dont faisaient l'objet les autres programmes fédéraux.

Selon certains observateurs, le TCSPS, dans sa forme initiale, n'avait rien de bien nouveau. D'une part, il reflétait la politique de compression des dépenses adoptée au cours des années 80. D'autre part, la législation le concernant n'encourageait aucune nouvelle approche visant à accroître l'efficacité du système de soins de santé, bien que ce manque d'efficacité ait été considéré comme le principal obstacle au maintien d'un régime public d'assurance-santé public au Canada.

Les majorations récentes du TCSPS prévues par les projets de loi C-28 et C-71 ont renversé le mouvement à la baisse des paiements de transferts fédéraux et se solderont par une hausse des recettes des provinces. Par ailleurs, le relèvement de la disposition plancher du TCSPS garantit le pouvoir du gouvernement fédéral de faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*.

1. Les finances publiques provinciales et les dépenses des provinces en matière de soins de santé

Lorsqu'il a créé le TCSPS, le gouvernement fédéral a réduit systématiquement les paiements de transfert aux provinces dans le but de réduire et d'éliminer son déficit, mais les provinces ont toutefois contesté ses méthodes. Un certain nombre de gouvernements provinciaux ont fait savoir que les restrictions imposées par le gouvernement fédéral ne se justifiaient pas, car les transferts aux provinces n'étaient pas la cause du déficit fédéral. Certains ont même déclaré que la tentative du gouvernement fédéral d'assainir ses finances par le truchement d'une baisse de ses contributions aux provinces ne faisait que déplacer les coûts d'un ordre de gouvernement à un autre; ils ont expliqué que cela n'avait aucun effet concret sur l'efficacité des programmes offerts ni sur la gestion des deniers publics.

Les provinces, déjà elles-mêmes aux prises avec leur propre déficit, ont été contraintes de revoir leurs priorités de manière à compenser la diminution de leurs revenus découlant des réductions des paiements de transfert du gouvernement fédéral. La plupart des provinces ont donc réduit le niveau des services de santé, et un certain nombre ont enclenché un processus de désassurance et de rationalisation des hôpitaux.

Le relèvement de la disposition plancher prévue au titre du transfert au comptant par le projet de loi C-28 et, surtout, l'augmentation des transferts au comptant prévue par le projet de loi C-71, ont permis de renverser la situation. Les transferts en vertu du TCSPS progressent désormais régulièrement et les provinces consacrent davantage de fonds aux soins de santé, de manière à répondre aux préoccupations concernant les listes d'attente, l'engorgement des salles d'urgence et les services de diagnostic.

Bien que l'augmentation du financement au titre du TCSPS ait constitué une mesure importante, les provinces la considèrent comme insuffisante. Maintenant que le gouvernement fédéral a équilibré son budget et perçoit davantage en impôts qu'il ne dépense, les provinces exigent le rétablissement immédiat et complet des transferts au comptant dans le cadre du TCSPS au niveau de 1994-1995 (soit à quelque 18,8 milliards de dollars). Elles estiment que le financement est la clé de l'intégrité et de la stabilité des soins de santé. Elles demandent également qu'un coefficient approprié soit utilisé pour que le TCSPS progresse au rythme des facteurs économiques et sociaux qui touchent la viabilité du système. Selon les premiers ministres des provinces, une réforme efficace des soins de santé dépend d'un niveau de financement adéquat.

2. Le TCSPS et la *Loi canadienne sur la santé*

Le TCSPS ne fait aucune distinction, pas même théorique, entre les services de santé, l'enseignement postsecondaire et les programmes d'assistance sociale. Cependant, les exigences qu'établit la *Loi*

canadienne sur la santé continuent de s'appliquer aux régimes publics d'assurance-santé des provinces et concernent toutes les contributions au comptant du TCSPS. En vertu du nouveau transfert, les provinces sont tenues, comme elles l'étaient par le passé, d'offrir une assistance sociale sans imposer de période minimum de résidence, faute de quoi elles peuvent voir le transfert au comptant réduit ou retenu. La Loi régissant le TCSPS prévoit même que des normes supplémentaires pourraient être imposées à l'égard d'autres programmes sociaux provinciaux. Aucune modalité particulière n'est prévue pour l'enseignement postsecondaire.

Pour ce qui est des soins de santé, un certain nombre d'analystes craignaient que le gouvernement fédéral ne soit pas en mesure d'assurer le respect par les provinces des critères et dispositions contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*. Ils estimaient que, si la formule de calcul du TCSPS continuait d'être modelée sur celle du FPE, la composante monétaire du transfert finirait par disparaître au début du nouveau siècle. La disposition plancher convenue dans la loi concernant le TCSPS a calmé ces craintes. Le gouvernement fédéral a conservé l'autorité morale et le poids politique, qu'il était sur le point de perdre, nécessaire pour forcer les provinces à respecter la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, l'absence de norme stricte nationale en ce qui concerne les programmes sociaux financés auparavant par le RAPC fait craindre un réaménagement des enveloppes budgétaires au niveau provincial. Ainsi, les provinces pourraient être tentées de réduire le financement des programmes sociaux, de manière à réaffecter les fonds vers le système de soins de santé, puisque c'est dans ce secteur que des normes précises ont été fixées.

Le projet de loi C-71 stipule que les transferts au comptant supplémentaires au titre du TCSPS doivent servir expressément aux soins de santé. Le projet de loi stipule plus précisément que les fonds supplémentaires sont fournis pour qu'il soit possible de respecter les critères et dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que pour « contribuer à fournir aux Canadiens le meilleur système de soins de santé possible ». Dans son rapport de novembre 1999 (chapitre 29), le vérificateur général du Canada s'est dit inquiet de voir qu'aucune exigence particulière n'avait été précisée en matière de divulgation de l'usage de ces fonds additionnels, bien qu'il ait été clairement établi que le nouveau financement devait servir aux soins de santé. Par conséquent, il sera difficile de savoir si ces fonds supplémentaires ont permis aux provinces de régler les problèmes qu'elles connaissent actuellement en matière de soins de santé. Tous les premiers ministres des provinces ont toutefois déclaré publiquement qu'ils consacreraient tous les fonds supplémentaires au titre du TCSPS à l'amélioration des services et programmes de soins de santé existants dans leur province respective.

MESURES PARLEMENTAIRES

Le gouvernement fédéral participe depuis longtemps au financement des programmes provinciaux au titre des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire et de l'aide sociale. Les transferts fédéraux au titre des soins de santé dans le cadre du FPE et l'application des conditions et dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* ont contribué à créer un régime public d'assurance-santé universel et complet dans toutes les provinces. La diminution des paiements de transfert fédéraux provenant de l'adoption du TCSPS se sont traduits par des choix politiques et budgétaires difficiles à faire à l'échelon provincial entre les secteurs des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire et de l'aide sociale. **Les relèvements récents du transfert au comptant dans le cadre du TCSPS prévu par les projets de loi C-28 et C-71 ne compensent pas les réductions des recettes qu'ont subies les gouvernements provinciaux. Le TCSPS a eu un impact important, surtout sur le financement des soins de santé. Les provinces demandent aujourd'hui une part équitable de l'excédent budgétaire du gouvernement fédéral par l'entremise d'un rétablissement complet et d'une indexation entière du TCSPS.**

CHRONOLOGIE

23 juin 1995 - Le projet de loi C-76, qui établit le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPC), reçoit la sanction royale.

20 juin 1996 - Le projet de loi C-31, qui établit le montant et la répartition par province du TCSPS pour les exercices financiers allant de 1997-1998 à 2002-2003, reçoit la sanction royale.

18 juin 1998 - Le projet de loi C-28, qui porte la disposition plancher à 12,5 milliards de dollars pour les transferts au comptant, reçoit la sanction royale.

17 juin 1999 - Le projet de loi C-71, qui prévoit des transferts au comptant supplémentaires dans le cadre du TCSPS aux fins des soins de santé, reçoit la sanction royale.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Banting, Keith et Robin Boadway (Université Queen's). *Mémoire présenté au Comité permanent des Finances de la Chambre des communes.* Ottawa, 9 mai 1995.

Conseil des Canadiens. *Mémoire présenté au Comité permanent des Finances de la Chambre des communes.* Ottawa, 26 avril 1995.

Conseil national du bien-être social. *Le budget de 1995 et le financement global.* Ottawa, printemps 1995.

Gouvernement du Canada. « Les ministres de la Santé réaffirment la volonté de collaboration fédérale-provinciale-territoriale ». *Communiqué*, Ottawa, 4 juillet 1995.

Gouvernement du Canada. *L'apport du gouvernement fédéral à l'enseignement postsecondaire : Un document d'information.* Ottawa, 1994.

Gouvernement du Canada, Ministère des Finances, Division des relations fédérales-provinciales. *Le Financement des programmes établis ? Calcul des avances 1995-1996.* Ottawa, 10 avril 1995.

Gouvernement du Québec, Ministère des Finances. *Discours sur le budget et renseignements supplémentaires.* Québec, 9 mai 1995.

Groupe d'intervention action santé (HEALP). *Présentation au Comité permanent des Finances concernant le projet de loi C-76, ou loi d'exécution du Budget.* Ottawa, mai 1995.

Madore, Odette. *Le financement des programmes établis au titre de la santé.* Étude générale BP-264F. Ottawa, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, août 1991.

Madore, Odette. *La Loi canadienne sur la santé : aperçu et options.* Bulletin d'actualité 94-4F. Ottawa, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, août 1995.

Mendleson, Michael. *Looking for Mr. Good-Transfer: A Guide to the CHST Negotiations.* The Caledon Institute of Social Policy, octobre 1995.

Neumann, Ronald H. « Negociating Inter-Governmental Transfers in 1993: What is on the Table? ». *Options Politiques*, vol. 14, décembre 1993. P. 31-35.

Schroeder, Walter J. Brian A. Miron et Jeff Moore. *Federal Transfer Payments: A Government Study by DBRS.* Mars 1995.

Vérificateur général du Canada. *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé.* Rapport, chapitre 29, novembre 1999.

---

* La première version de ce bulletin d'actualité a été publiée en septembre 1995. Le document a été périodiquement mis à jour depuis.

1 8ØØ O-Canada

Mise à jour par la Direction générale des services de coordination des communications, de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

Droits d'auteur et avertissements